



FORMULARIO DE AFILIACION

Nombres

Apellidos

Cédula

Registro Médico

Dirección Consultorio

Teléfono

Dirección Residencia

Teléfono

Ciudad

Lugar y Fecha de Nacimiento

E-mail

Celular

Enviar correspondencia a:

Residencia

Consultorio

HISTORIA ACADÉMICA:

Egresado de la Universidad

Fecha

Estudios de Postgrado

Fecha

Estudios de Sub-Especialización
Títulos de los trabajos de promoción y grado

Fecha

Cargos docentes desempeñados y actuales

Cargos actuales _____

Sociedades científicas a las cuales pertenece _____

Publicaciones _____

Nombre de dos (2) miembros de la ACPB que apoyan la inscripción

Fecha de inscripción

Firma

Para uso exclusivo de la ACPB

Aceptada la solicitud

Por el Comité

Por la Junta Directiva

Entrega Diploma
